

養育医療給付継続申請書

公費負担者番号	2	3	1	1	6	0	5	6	本人 氏名	
公費負担医療の 受給者番号										
交付年月日	年 月 日			医療券の 有効期間			年 月 日から 年 月 日まで			
出生児体重	グラム			現在の体重			グラム			
担当 医師の 意見	養育医療の 給付の継続 を必要とす る理由									
診療継続 予定期間	年 月 日 から			年 月 日まで						
<p>上記のとおり養育医療の給付の継続を必要と認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称及び所在地</p> <p style="text-align: center;">担当医師氏名</p>										
<p>上記のとおり養育医療の給付の継続を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒.....</p> <p style="text-align: right;">住所 秩父市.....</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号 (.....)</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄 (.....)</p> <p>秩父市長 あて</p>										

※有効期間が満了する日までに、養育医療券を添付して、提出してください。